



“UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO”

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SECCIÓN DE POST GRADO



“VIVENCIAS DE LOS FAMILIARES FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA

EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL

ALMANZOR AGUINAGA ASENJO. CHICLAYO. ENERO. 2016.”

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN

"ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS Y EMERGENCIA"

AUTORAS

LIC. ENF. LEYVA PAZ, ROSA ELIZABETH

LIC. ENF. PAZ ALDANA, TERESA OTILIA

ASESORA

DRA. ROSALÍA SANTACRUZ REVILLA

Lambayeque 2018

**“VIVENCIAS DE LOS FAMILIARES FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL
ALMANZOR AGUINAGA ASENJO. CHICLAYO. ENERO. 2016.”**

Tesis presentada por:

Lic. Enf. Leyva Paz, Rosa Elizabeth

Lic. Enf. Paz Aldana, Teresa Otilia.

Dra. Efigenia Rosalía Santa Cruz Revilla

Asesora

Aprobado por los señores miembros del jurado:

Dra. Lucía Aranda Moreno
Presidenta

Dra. Teófila Esperanza Ruíz Oliva
Secretaria

Mg. Doris Libertad.Pais Lescano
Vocal

INDICE

DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	14
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	36
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	47
CATEGORÍA I: LOS FAMILIARES, SUS EMOCIONES Y MECANISMOS PSICOLÓGICOS FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA.	
CATEGORÍA II: LOS FAMILIARES Y LOS SENTIMIENTOS FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA.	
CATEGORÍA III: REACCIONES DE LOS FAMILIARES FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA	
CONSIDERACIONES FINALES	84
RECOMENDACIONES	86
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	94

DEDICATORIA

Dios nuestro padre celestial todo poderoso que con su inmenso amor encamina nuestros pasos, por el sendero del bien. A ti Dios redentor por ser nuestra fortaleza para seguir adelante y permitimos el logro de nuestras metas, privilegiándonos con el don de cuidar y servir a los demás.

... A mis Padres y amigos; LUCDÓVICO Y TERESA por su apoyo cariño y comprensión para el logro de mi meta: culminar la especialidad.

... A mis adorados hijitos: RAFAEL Y ELIZABETH razones de mi existencia, por ser la fuerza y el estímulo para luchar y ser mejor cada día.

... A mis queridas hermanas TERESA Y YOVANNA por su cariño, su confianza y por estar siempre dispuestas a ayudarme.

ROSA ELIZABETH

DEDICATORIA

A LUCDÓVICO mi esposo y compañero por su amor, comprensión y por ser estímulo constante para el logro de mis objetivos.

A mis amadas Hijas: ROSA, TERESA Y YOVANNA quienes son la fuente inagotable de amor y cariño para superarme hoy, mañana y siempre.

A mis adorados Padres ausentes: JACINTO E IRAIDA que con su guía, cariño hicieron de mí el profesional que hoy soy.

TERESA OTILIA

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Enf. Rosalía Santa Cruz Revilla, nuestra asesora por su orientación, apoyo positivo y paciencia en el inicio y culminación de nuestro trabajo de investigación cualitativo.

A nuestro jurado: Dra. Lucía Aranda Moreno, Dra. Teófila Esperanza Ruíz Oliva y Mg. Doris Libertad Pais Lescano por su colaboración e incondicional apoyo en nuestra investigación.

A los familiares cuyo ser querido se encuentra hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos sujetos de nuestro estudio, por su contribución y valiosa ayuda.

Rosa Leyva Paz y Teresa Paz Aldana

RESUMEN

El presente estudio de naturaleza cualitativa con enfoque estudio de caso, tuvo como objeto de investigación las vivencias de los familiares frente al cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de la ciudad de Chiclayo, con el objetivo de comprender estas vivencias, La población estuvo conformada por los familiares cuyo ser querido se encontraba hospitalizado en la Unidad de Cuidados intensivos. La muestra lo constituyeron 05 familiares, utilizándose como técnica de recolección de datos la entrevista abierta a profundidad y la observación; delimitándose la muestra a través de Técnica de Saturación. El análisis temático originó tres grandes categorías: "Los Familiares y los Sentimientos frente al cuidado de enfermería", "Los Familiares y las Emociones frente al cuidado de enfermería" y "Reacciones de los familiares frente al cuidado de enfermería". Finalmente se considera que las vivencias de estos familiares son sentimientos, emociones y reacciones intensas que incluyen la cólera, rabia, impotencia, ira, pena hasta romper en llanto y muchas veces callando por temor a represalias las cuales son generadas frente al cuidado que les brindan las enfermeras de la Unidad de cuidados intensivos. Lo que nos permite afirmar que la familia no solo es proveedora de cuidados sino también necesita de ellos, situación que la enfermera deberá tener en cuenta en el proceso del cuidado.

Palabras claves: cuidado de enfermería, vivencias de los familiares.

ABSTRACT

The present study of a qualitative nature with a case study focus, had as object of investigation the experiences of the relatives in charge of the nursing in the intensive care unit of the Almanzor Aguinaga Asenjo National Hospital of the city of Chiclayo, with the aim of understanding these experiences, the population was made up of the relatives whose home was hospitalized in the intensive care unit. The sample consisted of 05 relatives, using the interview technique to depth and observation as a data collection technique; the sample is delimited by means of Saturation Technique. The thematic analysis originated three broad categories: "Relatives and Feelings in front of nursing care", "Relatives and Emotions in front of nursing care" and "Relatives' reactions to nursing care". We conclude that the experiences of these relatives are feelings, emotions and intense reactions that include anger, anger, impotence, anger, pain to break into tears and often silent for fear of retaliation which are generated against the care provided by nurses of the intensive care unit. This allows us to affirm that the family is not only a provider of care but also needs them, a situation that the nurse must take into account in the care process.

Keywords: nursing care, experiences of family.

CAPITULO I

INTRODUCCION

INTRODUCCION

En la unidad de cuidados Intensivos los pacientes se encuentran hemodinámicamente inestables e incluso en peligro de muerte, situación que los vuelve totalmente dependientes de todo el personal que labora en esta unidad recibiendo de estos últimos una atención integral, por las características de estos pacientes y los cuidados que requieren no se permite que los familiares permanezcan todo el tiempo con ellos (2) (4).

A través de la observación durante nuestras prácticas como enfermeras de la segunda especialidad corroboramos que la familia es considerada como un componente poco importante del entorno del paciente, en ocasiones puede ser hasta considerada como un elemento molesto.

Por tal razón es que los familiares cuyo ser querido se encuentra hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos muestran reacciones negativas , porque algunas enfermeras asumen una posición de poder con respecto a los familiares demostrando autoridad e intolerancia frente a los sentimientos, emociones y reacciones que experimentan los familiares sobre todo durante los procedimientos desconocidos para ellos como colocar a su ser querido un respirador, monitores, aspirador, etc., causándoles angustia, incertidumbre, impotencia; Es decir algunas enfermeras olvidan que los familiares se convierten en personas carentes del cuidado humano y con

necesidades que satisfacer como: información clara sobre la evaluación de su paciente, de alimentación, de descanso además de apoyo emocional para enfrentar la situación; observándose muchas veces que algunas enfermeras dan más importancia a las indicaciones médicas descuidando la esencia de enfermería que es el cuidado humano.

Lo antes descrito nos motiva a buscar una respuesta a lo que se presenta en las salas de espera de la unidad de cuidados intensivos; ¿Qué sentimientos se generan en los familiares frente al cuidado de enfermería? , ¿Cuáles son las emociones que presentan los familiares frente al cuidado de enfermería?, ¿Qué reacciones tienen los familiares frente al cuidado de enfermería?

A través de la investigación cualitativa es posible abordar esta situación que se inicia con la formulación del siguiente problema de investigación; ¿Cómo son las vivencias de los familiares frente al cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo. Enero 2016?

El objeto de estudio son las vivencias de los familiares frente al cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo; por lo que el objetivo que guía la investigación es comprender las vivencias de los familiares frente al

Cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo.

El presente estudio se justifica debido a que las vivencias de los familiares frente al cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos no ha sido objeto de estudio en investigaciones anteriores. Además la enfermera debe brindar atención y cuidados al paciente sin olvidar su contexto tanto familiar, social y cultural, y recién se diría que la atención se da de manera holística e integral.

Las vivencias de los familiares son experiencias intensas y vulnerables que deben ser consideradas como la parte afectiva de cada persona, cargadas de sentimientos, emociones y reacciones, sean positivas o negativas las cuales quedarán grabadas en cada una de ellos y dependiendo de cómo sean estas vivencias repercutirán en el transcurso de sus vidas(5).

Por ello la enfermera debe tener en cuenta las vivencias de ellos para brindarles un cuidado holístico, integral y personalizado; teniendo siempre presente que los familiares tienen gran influencia en la recuperación de su ser querido.

Los resultados de esta investigación servirán, para que la enfermera brinde un cuidado holístico e integral, teniendo siempre en cuenta la dimensión emocional de los familiares, también para que las enfermeras en coordinación con psicología, brinden cuidados a los familiares orientados a

la expresión de sus sentimientos y emociones. Por otro lado el presente estudio servirá como fuente de información bibliográfica que permita la profundización de trabajos de investigación cualitativos con enfoque fenomenológico, historias de vida, etc.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Entre los antecedentes relacionados con vivencias de los familiares frente al cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, se ha encontrado los siguientes estudios:

“Vivencias de los familiares de pacientes con ventilador mecánico en la Unidad de Cuidados Intensivos”, la presente investigación cualitativa tuvo como objetivo develar las vivencias a través de las descripciones de los familiares, de su experiencia vivida y el análisis de los discursos. El paciente de UCI es aislado, tienen visitas restringidas, quedando la familia de lado, sin tener en cuenta que son seres humanos que poseen sentimientos, con derecho a ser escuchados e informados del estado y cuidado que recibe su paciente.

Ellos sufren y lloran buscando en el personal a alguien que les comunique su estado de salud y los dejen ver a sus seres queridos.

El sentimiento es algo que nace del corazón de la persona, como resultado de una emoción de pena y tristeza que está pasando la familia. Es tanto el sentimiento del familiar llegando inclusive a derramar lágrimas, como expresión de su sentimiento de ver a su familiar grave de un momento a otro (8).

“La Experiencia del Familiar de la Unidad de Cuidados Intensivos en Bucaramanga”, la presente investigación cualitativa tuvo como objetivo describir la experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la UCI adulto, que se describe como una vivencia que genera gran impresión, en la que se exponen variedad de estados afectivos del ánimo, enmarcados dentro de una ambivalencia permanente.

Dicha experiencia somete al familiar a una modificación de los hábitos por ser un evento que le cambia la vida de manera sustancial derivado de los cambios de hábitos. El familiar experimenta una alta carga de diferente índole: 1) Física: reflejada en agotamiento, cansancio, falta de energía, 2) Emocional asociada al proceso de afrontamiento: temor, angustia, ansiedad, 3) Económica por restricción en actividades laborales: los costos de desplazamiento y alimentación. El familiar experimenta una crisis y desarrolla la capacidad de soportarla a través de estrategias que favorecen adaptación al escenario de UCI y la aceptación a la situación.

Para afrontar la vivencia el familiar encuentra soporte en el equipo de salud, en la percepción de seguridad que brinda la UCI y la espiritualidad que le dan fortaleza para sobrellevar la hospitalización del familiar.

Evoluciona al reconocer en el personal de salud un agradecimiento especial, obteniendo un aprendizaje y experimenta necesidades de información, apoyo económico, apoyo del equipo de salud y deseo de cercanía (21).

“Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera con el familiar del paciente hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo”, tuvo como objetivo general describir los aspectos presentes en la comunicación de la enfermera con el familiar del paciente hospitalizado en UCI. Esta investigación cualitativa es de tipo revisión documental - descriptivo, para lo cual se hizo una revisión bibliográfica sobre dicha temática, tomando como referencia artículos de los 10 últimos años.

Teniendo como resultado relevante que los aspectos presentes que influyen en la comunicación con las familias, son la sobrecarga laboral, el hecho de no haber recibido ningún tipo de formación de base sobre la manera de afrontar el sufrimiento de las familias y de la muerte de los pacientes, y el no tener los conocimientos y habilidades necesarias para satisfacer las necesidades psicosociales y emocionales de los familiares; todo ello hace que la enfermera de manera involuntaria, como mecanismo de defensa, ante su parte psicológica se comporta de forma fría, distante e inhumana con las familias (10).

“Mejorando el cuidado a los Familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas”, tuvo como objetivo general promover un cambio para mejorar los cuidados que se ofertan a los familiares del paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI); esta investigación es de tipo cualitativa con diseño acción participativa (IAP); técnica de

recogida de datos: 4 grupos focales, y se consensó con grupo de apoyo. Se realizó análisis de contenido. Se alcanzó el punto de saturación teórica. Teniendo como resultados:

Se elaboraron 2 documentos: 1) diagnóstico de situación en el que se describe la situación actual de la atención de los familiares y 2) 10 propuestas de cambio de las que se priorizaron, que eran: difusión entre los profesionales de la evidencia sobre familiares en la UCI a través de una sesión y la entrega de trípticos informativos, mejora de los procesos de información (enfermera-familia e intra equipo), protección de la intimidad de los pacientes y disminución del ruido ambiental, plan de formación para los profesionales y cambio en la política de visitas (39).

“Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica” tuvo como objetivo: Conocer cómo ayudan las enfermeras de la UCI a las familias para que éstas realicen un afrontamiento eficaz de la pérdida de un ser querido; tuvo como objetivo: Describir el sentir de las enfermeras de la UCI cuando ayudan a la familia a afrontar la pérdida (real, anticipada o percibida) de un ser querido; empleó la metodología descriptivo – cualitativo, teniendo como resultado las siguientes categorías: cuidado holístico, establecimiento de una relación de confianza, sentimiento de vulnerabilidad, incapacidad para ofrecer este cuidado, formación en la gestión de emociones, duelo y habilidades de comunicación, limitación en la información; entre sus conclusiones nos menciona que las enfermeras

se sienten responsables de los cuidados que las familias en situación de duelo necesitan.

Cubrir esta necesidad forma parte de la totalidad de los cuidados del paciente atendido. Así mismo que académicamente están preparadas para atender los aspectos biológicos-técnicos, pero no para los emocionales. Las enfermeras responden a su ansiedad ante los procesos de duelo con mecanismos inadecuados tales como: huida, rechazo, sentimiento de frustración, culpa, incompetencia. Presenta como resultado que, académicamente las enfermeras están preparadas para atender los aspectos biológicos-técnicos, pero no para los emocionales (9).

"Sobre las necesidades reales de los familiares de pacientes de cuidados intensivos: percepción de los familiares y del profesional" cuyos objetivos fueron: primero, identificar las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en UCI que se debe intentar satisfacer.

Y el segundo; fue establecer en cuál de los tres componentes básicos de la calidad están dedicados los esfuerzos de los autores. Tuvo como resultado que las obligaciones profesionales de las enfermeras no solo influyen lo asistencial a los pacientes hospitalizados, sino también deben incluir en cubrir las necesidades de los familiares o allegados para, que de esta manera, alcanzar en su totalidad los objetivos de beneficencia a que se refiere la bioética para enfermería, es decir la percepción del receptor de la acción de sentirse beneficiado por ella (1).

“Vivencias de Familiares en terapia intensiva: El otro lado del ingreso” tuvo como objetivo: comprender las vivencias de familiares de pacientes ingresados en Unidad de Terapia Intensiva (UTI), con la intención de contribuir para la humanización del cuidado en ese contexto. Utilizando como metodología la fenomenología, siendo su resultado las experiencias difíciles, dolorosas, sin palabras, ponerse en el lugar y percibir del otro. En conclusión la aproximación de estas vivencias en los familiares de pacientes internados en la UCI puede traer subsidios para que los Profesionales reflexionen sobre su práctica, involucrando la acogida, incorporando a la familia como foco importante del cuidar, en esta perspectiva de trascender al modelo biológico predominante. Lo cual implica reflexionar en relación a lo establecido con la familia, las condiciones de trabajo, involucrando la política y la gestión institucional y la formación del profesional (33).

“Relación enfermera-familia en la unidad de cuidados intensivos – Es Salud” tuvo como objetivos: describir, analizar y comprender la relación, enfermera-familia en dicho servicio, y discutir a partir de esta relación su repercusión para el cuidado enfermero en la UCI. Utilizó el tipo de investigación cualitativa y como metodología estudio de caso saturándose con 15 personas; Concluyendo que el cuidado del profesional de enfermería hace referencia al conjunto de acciones en las relaciones de la enfermera con los familiares y en el dominio de lo científico, orientadas a

comprender al otro en su entorno donde se desenvuelve, implicando una mirada cuidadosa, acercándose a las personas en una relación de proximidad, individualización y fundamentada en una actitud de apertura al diálogo, respeto por los demás, sensibilidad ante las experiencias propias y las de otros. Así mismo se evidencia prácticas de no cuidado en la interacción enfermera-familia, cuando surgen situaciones conflictivas que constituyen un poderoso factor de desunión, ruptura, separación y alejamiento. Estas experiencias negativas hacen que los familiares sientan miedo, tristeza, preocupación y desesperanza (24).

2.2 BASE TEÓRICA CONCEPTUAL

Siendo nuestro objeto de estudio las vivencias diremos que estas son inherentes a toda la experiencia real, vivida y puede dirigirse en la forma más directa al ser consciente, a través de una interrogante, cuya respuesta se evidenciará en forma de reflexión (16).

Cuando el hombre como objeto real lleva a cabo "actos de conciencia", estos actos pertenecen al ser humano como sucesos de la misma realidad natural percibidas como "vivencias", no hay un ser humano que no tenga un mundo vivido, abierto a un sin fin de posibilidades donde los conceptos, Ideas y percepciones son singulares, cada uno tiene un mundo vivido y puede haber convergencias entre los mundos vividos, desde este punto de vista las vivencias se consideran como un proceso psicológico

consciente inherente al ser humano, vinculado a las percepciones objetivas, personales, selectivas, ubicadas en determinado tiempo y espacio, sustentado en necesidades, valores, sentimientos y pensamientos, esta interacción indica que todos los individuos entran como participantes activos, y que su existencia en dicha interacción afecta su identidad, reflejándose en sus experiencias (12).

Así mismo las vivencias son experiencias vividas es decir lo que real y verdaderamente estamos experimentando en un momento dado, se trata de algo subjetivo, interior, que cursa a nivel personal siendo el protagonista el propio individuo (35).

Entonces consideramos que vivencia es un estado de ánimo que se va a manifestar mediante las principales experiencias afectivas, es decir por emociones, sentimientos y reacciones, se puede afirmar que toda experiencia deja una huella importante para el desarrollo del individuo.

Así mismo el impacto de esa experiencia, incrustada en el desarrollo biográfico, según su intensidad y duración puede ser decisivo en el curso posterior de la historia vital interna. Cabe hacer mención que los estados afectivos reflejan la relación que existe entre las necesidades y motivaciones, deseos y aspiraciones del hombre y expresan también el valor, el significado y la importancia que tiene para el individuo.

Literalmente emoción significa "el acto de ser removido o agitado" como vivimos anteriormente, las emociones van acompañadas por activación fisiológica y dan como resultados cambios conductuales. Estos poseen aspectos aprendidos y cognitivos, que contribuyen a que personas distintas reaccionen de diferente manera ante las mismas experiencias (36).

Para las autoras las emociones se caracterizan por relacionarse fundamentalmente con lo biológico, aparecen brusca y repentinamente manifestándose con gran intensidad, su duración es relativamente corta siempre acompañándose de cambios orgánicos notorios y por último pueden ser ambivalentes. Por ejemplo una persona puede experimentar emociones diferentes de alegría y miedo a la vez de acuerdo a la circunstancia en que se encuentra.

Los sentimientos se relacionan con motivaciones sociales que se adquieren en el medio que se desarrollan. Se van instalando lentamente y su duración es prolongada incluso una vez formada puede durar toda la vida; son de menor intensidad que las emociones (35).

Cabe recalcar que los estados afectivos sufren una transformación continua, son estados dinámicos razón por la cual de un sentimiento puede surgir una emoción o a la inversa, una emoción puede ser el origen de un sentimiento (13).

Se dice que la afectividad propicia la motivación y la energía necesaria para encaminar nuestras acciones hacia la solución de problemas y nos permite orientarnos en la vida. No obstante los estados afectivos pueden ser un obstáculo y producir un bloqueo en el raciocinio y con sus afectos impulsivos afectar nuestra vida en la sociedad.

En el hombre los estados afectivos se encuentran condicionados por la sociedad; de este modo existen culturas que tienden a que el sujeto inhiba la expresión de algunos o de todos sus estados afectivos que lleguen al punto de sentir pena o vergüenza de su existencia.

Los sentimientos forman parte de nuestra persona, pero que cada persona manifestará de un modo muy particular su forma de sentir, según nuestro modo de pensar, o nos hayan enseñado de pequeños y de acuerdo a las experiencias de nuestras vidas. Estos sentimientos son como huellas digitales: únicas e irrepetibles en los demás y hay que aprender a aceptar estos sentimientos cuando se presenten, a reconocerlos y comunicarlos a nuestros familiares, seres queridos y a los mejores amigos (28).

Así mismo refiere que algunas personas han aprendido a reprimir, esconder o disfrazar los sentimientos porque desde pequeños les enseñaron a esconderlos o por la falsa creencia de que hay sentimientos malos. Y es que los sentimientos reprimidos no desaparecen ni se mueren, sino que siguen en nosotros y volverán a aparecer con más

fuerza en otra ocasión y quizá entonces ya no se puedan controlar (28).

Para la presente investigación las autoras coincidimos con Ana Salman, al conceptualizar al sentimiento como un estado afectivo, subjetivo, duradero y profundo, que pueden ser valorados como positivos o negativos, que cada familiar manifestará de un modo muy particular, según sus experiencias anteriores durante el cuidado de la enfermera a su paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

En cuanto a las reacciones se definen como la actuación de la persona, de una manera u otra en presencia de algo o un estímulo, o el cambio de opinión, o conducta ante un hecho nuevo (35).

Las reacciones corresponden a una primera evaluación automática por el uso de la situación en términos de si es amenazante o no para el organismo. Es muy rápida, predominantemente afectiva y no consciente. Esta reacción afectiva está constituida por el patrón de respuesta funcional de orientación-defensa:

- Una respuesta de orientación: corresponde a un proceso fisiológico/cognitivo de respuesta emocional de curiosidad o aceptación de los estímulos, preparando el organismo para su recepción y análisis. Está asociada a un incremento en la sensibilidad de los órganos sensitivos, para aumentar y optimizar la receptibilidad del organismo, así

como en los niveles centrales de análisis. Aparece ante estímulos novedosos e informativos para la persona, si no son muy intensos o nocivos se producirá una respuesta de defensa.

- Una respuesta de defensa: respuesta emocional negativa o de rechazo de los estímulos, preparando al organismo para defenderse de ellos. Es una reacción ante estímulos peligrosos o de muy alta intensidad; tiene como función la limitación de los efectos sobre el organismo de los estímulos intensos o peligrosos. Implica sistemas de feedback negativos que limitan la acción de los estímulos (19).

En la presente investigación las autoras definen la reacción de los familiares como la respuesta de los mismos frente a diversos estímulos, como pueden ser diversas situaciones o acontecimientos que se presentan frente al cuidado que brinda la enfermera a su ser querido. Confirmando que enfermería como ciencia tiene como sujeto de atención a la persona, familia y comunidad siendo la familia la unidad básica de la sociedad, alrededor de la cual giran todos los individuos. Es un elemento que la enfermera deberá tener en cuenta en el proceso de cuidado.

Partiendo que la familia es el eslabón más importante en la sociedad la definimos como un tipo especial de grupo con características Impuestas por las diferencias biológicas de sus integrantes y por los propósitos particulares a los que sirve. El reconocimiento de tales características es

un paso importante en los intentos por comprender a los pacientes que acuden todos los días a la consulta médica o que se encuentran hospitalizados (29).

Cabe recordar que existen muchas variaciones no sólo en la estructura de la familia, sino también en su funcionamiento. Todas las familias poseen en su dinámica factores protectores y factores de riesgo, y lo normal es que el funcionamiento de la familia satisfaga las necesidades de sus integrantes. En disfunción no se logran satisfacer esas necesidades individuales y del grupo como un todo.

Para las autoras la familia es el núcleo fundamental de toda sociedad, es el conjunto de creencias, actividades, funciones y relaciones interpersonales que se desarrollan e integran bajo la forma de escenario primario y permanente más importante del desarrollo humano.

El clima emocional dentro de la familia depende de la expresión de los sentimientos entre sus componentes, así como del interés mutuo y de la calidad de vida que desarrollen. La familia del paciente crítico es el elemento terapéutico que permite al paciente una conexión con su medio, le proporciona estímulos para seguir luchando o para morir acompañado de los suyos.

La familia sufre de angustia, ello se explica por la inseguridad y la inestabilidad que surge frente a la posibilidad de muerte de un integrante del grupo, con el consiguiente desamparo afectivo y económico, que lleva a la mitad de ellos a concurrir sólo al informe médico y a las visitas, alejándose así del hospital, desarraigándose de su hogar y se profundiza cuando el enfermo llega a la unidad de cuidados intensivos.

La familia no puede manejar sus afectos por sus miedos, por sus temores a la muerte y a la pérdida de la calidad de vida. Esto tiene que ver con el bloqueo emocional se produce en la familia la situación de experiencia de vida. Los miedos, que llevan a la angustia y a la ansiedad, conllevan los mecanismos de defensa que son los que permiten poder "sostenerse y sobrellevar" la situación.

Así mismo las reacciones de la familia ante el diagnóstico de su ser querido atraviesa por tres fases:

1RA FASE: De Shock inicial.- incredulidad, conmoción y aturdimiento.

La primera reacción de cualquier familiar es de aturdimiento, llanto y repiten una y otra vez cosas como: "no puedo creer que esto haya ocurrido en mi familia" "Dios ayúdame y ayúdalo".

2DA FASE: De reacción- la familia intenta entender el problema.

En esta fase los familiares experimentan distintos sentimientos como: rechazo, sobreprotección, enojo, dolor, culpa, ansiedad.

3RA FASE: De adaptación funcional.- la familia se pregunta ¿Qué se

puede hacer? ¿Qué es lo que tiene? ¿Qué podemos hacer? (37).

Las autoras estamos de acuerdo con lo antes mencionado y agregamos que la familia actualmente muchas veces es percibida como espectadora, no tiene participación en el cuidado de su familiar, el que se transforma en un ser en situación de total dependencia de la unidad de cuidados intensivos y sobre quien el médico despliega sus actividades y sus poderes sin restricción alguna. Los mecanismos de defensa, manejados inadecuadamente, llevan a dificultar la relación con el médico, la enfermera y con el equipo asistencial de la unidad de cuidados intensivos, y es que cada familia tiene un tiempo subjetivo, más corto o más largo, para comprender toda la información verbal y no verbal, es por esto que los familiares que emiten señales no verbales de inquietud pueden indicar falta de comprensión, negación y represión. Es útil insistir en que la intención es aclarar las dudas sin importar el tiempo que esto suma y dejar claro que se reconoce la necesidad y el derecho a estar informado porque la familia junto a la persona enferma no sólo es proveedora de cuidados sino también necesitada de los mismos, ya que la experiencia de la enfermedad de un miembro de la familia puede constituir una herida más para todos o ser una ocasión para crecer en unidad y en desarrollo personal, debiendo ser este último el objetivo a alcanzar al brindar cuidado a su ser querido.

Conocemos que una enfermedad grave tiene efectos físicos, psicológicos

y sociales importantes tanto para el paciente como para su familiar de aquí que los cuidados de enfermería son el fin principal de la enfermera, es dar atención de calidad al paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos sin olvidar que los familiares que están cerca de ellos también necesitan ser cuidados y así ayudarlos en la supervivencia e integrarlos a su medio (32).

El objetivo principal de los cuidados de enfermería es restablecer las funciones alteradas de uno o más sistemas orgánicos vitales y llevarlos a valores aceptables para la vida ulterior del individuo, con el fin de ganar tiempo para el tratamiento simultáneo de la enfermedad, la base que provocó el cuadro clínico crítico y devolver a la sociedad a una persona útil a ella (30).

Los cuidados profesionales de enfermería desde un paradigma humanístico y holístico, que orienta y guía nuestra profesión, nos exigen un comportamiento holístico con los pacientes, considerando todas las dimensiones de la persona e integrarla al máximo en el contexto socio-ambiental en el que se desarrolló la vida de cada uno.

Para las autoras cuidados de enfermería a pacientes críticos es una especialidad compleja, ya que no solo abarca los cuidados al paciente crítico sino también se pregunta y preocupa por la calidad de los mismos y sus resultados, explorando las vivencias tanto de los profesionales

como de los pacientes y sus familiares. Es decir las enfermeras tendremos que acostumbrarnos a reconocer cómo se pueden sentir los familiares; ya que un ingreso en la unidad de cuidados intensivos puede suponer tanto disputas entre ellos y/o pérdida de una relación, como evocar agravios y conflictos, y sobre todo los cambios en su estilo de vida tras sufrir una enfermedad grave.

Destacamos entonces la necesidad de trabajar en un ambiente saludable que pasa por adecuar las plantillas según las necesidades y habilidades de cada profesional, Fomentar una verdadera colaboración entre profesionales, facilitar la toma de decisiones eficaces recibiendo un reconocimiento y Liderazgo real dentro de la ética y el respeto lo que permitirá crear un mercado de profesionales con suficientes aptitudes para ofrecer unos cuidados de calidad, que en definitiva redundarán en beneficios para la salud y la economía ; es decir no olvidar las necesidades del paciente en lo referente a recibir un cuidado individualizado, seguro y ofrecido por profesionales competentes.

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es el área que brinda atención a los pacientes en situación crítica o potencialmente crítica, contando con una estructura adecuada, equipamiento técnico y personal especializado para tratar a los pacientes críticos. La UCI suele ubicarse de manera independiente pero con acceso rápido desde las diferentes unidades del hospital. La unidad suele tener un diseño circular alrededor de un puesto

central de enfermería que permite un control directo y permanente de la mayoría de los pacientes ingresados (11).

“Las unidades de cuidados intensivos son sitios para tratamientos médicos de alta complejidad, que dependen de importantes innovaciones técnico-científicas para su funcionamiento y buenos resultados.

El cuidado humano es una forma de vivir, de ser y de expresarse y contribuir con el bienestar general en la preservación de la naturaleza de la dignidad humana y de la espiritualidad. El cuidar involucra comportamientos y acciones que encierra una gama de conocimientos, valores, habilidades y actitudes emprendidas en el sentido de favorecer las potencialidades de las personas para mantener y mejorar la condición humana en el proceso de morir y vivir es decir, cuidar es ayudar a la persona a crecer y realizarse.

Y como cuidado se entiende al fenómeno resultante del proceso de cuidar, el cual involucra respeto, consideración, amor, confianza, aceptación, compromiso, honestidad, además de conocimiento, intuición y ciertas habilidades que debe poseer la enfermera. En forma general el proceso de cuidar involucra transformación de ambos, del ser cuidado y de los cuidadores, lo cual se traduce en satisfacción, sensación de deber cumplido, realización, mejora de la autoestima, placer y humanismo (34).

Las autoras hemos creído conveniente que el objetivo de la enfermera

consiste en facilitar la armonía entre mente, cuerpo y alma. La enfermera debe ser capaz de comprender las emociones, sentimientos y reacciones de la familia frente al cuidado de la misma en las unidades de cuidados intensivos, permitiendo que se sientan comprendidas y seguras ante la crisis por la que están pasando; desarrollando así la enfermera una relación de ayuda -confianza que promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos, implicando congruencia, empatía y afecto no posesivo y una comunicación eficaz, debe brindar un entorno de apoyo, protección y/o corrección en el plano mental, físico, sociocultural y espiritual.

Finalmente se afirma que el fundamento de la enfermería es la dicotomía, ciencia científica y humana, lo cual hace que el profesional de enfermería brinda un cuidado holístico, integral y humano, basado en la filosofía de los valores, el afecto y la confianza hacia la familia (22).

Las autoras tomaron en cuenta la Teoría de la Adaptación de Sor Callista Roy, para realizar el análisis temático de la investigación teniendo en cuenta que la adaptación es un proceso que promueve la integridad fisiológica, Psicológica y social de cada familia para lo cual debe adaptarse a los diferentes cambios que implica en este caso (22).

El modelo de adaptación de Callista Roy, refiere que el nivel de adaptación de una persona es un punto de continua modificación,

constituido por tres estímulos. Roy considera que la persona tiene cuatro modalidades de adaptación que promueven su integridad en cuanto a su supervivencia, su crecimiento, su reproducción y su autoridad, en el modo fisiológico, las formas de hacer frente a la adaptación están en relación con la satisfacción de las necesidades básicas. En el modo de la función de rol, la adaptación de la familia dependerá de la interacción entre la realización de sus funciones, el cuidado de su familiar que se encuentra en la unidad de cuidados intensivos frente a los cuidados que la enfermera les proporcione. Y en el modo de interdependencia lo constituye las relaciones de cada familia con los demás y con sus sistemas de apoyo más significativos para adaptarse a la situación.

También se consideró la Teoría Transcultural de Madeleine Leininger pues la mayoría de familias que tienen una persona o se encuentra hospitalizado proceden de diferentes lugares del país, presentan diferentes costumbres, valores, creencias, las cuales repercuten en el objeto de estudio que son las vivencias de los familiares frente al cuidado de enfermería en las unidades de cuidados intensivos (22).

La dimensión transcultural es una alternativa para dar el toque humanístico al cuidado de enfermería, pues fomenta el descubrimiento de las perspectivas culturales de los pacientes y sus familias, de sus prácticas y valores respecto al cuidado. Trabajar hacia la flexibilidad transcultural es poner en práctica una relación empática con las personas,

comunicarse con habilidad en los diferentes escenarios culturales, y adquirir conocimiento cultural de las distintas comunidades para identificar las diferencias y similitudes del cuidado y ofrecer finalmente acciones sensitivas y competentes desde la perspectiva cultural.

Leininger también describió que para una buena práctica de la empatía se debe tener en cuenta las dimensiones culturales, entre ellas: la etnicidad, la religión y la inmigración; y así la enfermera pueda conocer este contexto para poder dar cuidados holísticos e integrales.

Toda intervención del profesional de enfermería fusiona de una y otra manera todas las teorías de enfermería, como en el presente trabajo de investigación que implica la relación directa enfermera - familia del paciente, la cual prevalece según el tipo de atención que se brinde, siendo en este caso la Teoría de la Relación Terapéutica de Hildegard Peplau que se centra en las relaciones interpersonales que se establecen entre la enfermera, el paciente y la familia de estos en la unidad de cuidados intensivos. La relación terapéutica se define como una "relación profesional" basada en la confianza y el respeto mutuo, en donde la enfermera ofrece una serie de actividades y prácticas planificadas que se convierten en elemento clave para administrar cuidados al individuo, logrando un efecto benéfico en el paciente y familia (18).

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue realizada utilizando el paradigma cualitativo con abordaje estudio de caso que permitió comprender las vivencias de los familiares frente al cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos como consecuencia se generó conocimientos acerca de éstos, lo que ayudó a la enfermera a establecer una relación terapéutica adecuada es decir para obtener respuestas afondo acerca de las emociones, sentimientos y reacciones de los familiares frente al cuidado de enfermería en las unidades de cuidados intensivos, que no pueden ser medidos (20).

En la investigación cualitativa el método empleado es el descriptivo que se origina en las ciencias sociales, basado en las conversaciones y observaciones.

3.2. ENFOQUE METODOLÓGICO:

La trayectoria metodológica que se utilizó es el estudio de caso lo que nos permitió estructurar los datos frente al objetivo planteado en la investigación que surgen del marco conceptual (14). Se inició con un plan

incipiente, que se fue delineando más claramente en la medida que se desarrolló la investigación dándose puntos críticos que fueran explicados, reformulados o eliminados.

Se recolectó información sistemáticamente utilizando entrevistas semi estructuradas a profundidad para llegar a una comprensión más completa de la situación investigada, antes de proceder la recolección de datos tuvimos en claro los límites de nuestra investigación, para esto se transcribieron las entrevistas realizadas con el contenido exacto de los discursos lo que permitió categorizarlas y sub categorizarlas, a partir de ahí se realizó la discusión de los datos y posteriormente se realizó el informe de investigación.

3.3. SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

La población estuvo constituida por los familiares de los pacientes Hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo – Chiclayo. El tamaño de la muestra se obtuvo por la técnica de saturación para limitar el número de participantes que finalmente estuvo conformada por 05 familiares; hermana, hijo, esposa padre y madre; cuyos seres queridos se encontraban hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de 41, 32, 48, 82 y 76 años respectivamente y que quisieron participar de la investigación voluntariamente. Estos familiares no padecen de ninguna enfermedad mental, terminal y/o

adicción a drogas, Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Que sean familia: madre, padre, hermanos, esposos e hijos,
- Que Sus familiares se encuentren en la sala de espera de la unidad de cuidados intensivos o en la misma unidad.
- Que su ser querido este internado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

La técnica de muestreo fue el no probabilístico entrevistándose a los familiares que accedieron a participar en la investigación.

3.4. ESCENARIO

Se encuentra ubicado en el II piso área "C" del hospital, cerca del servicio de Hemodinamia, tiene un área de 429 m²; consta de dos zonas definidas: una no rígida en la parte externa (108m² Pasillos más oficinas) y la otra rígida destinada a la hospitalización de los pacientes 321 m². Existen 10 cubículos de 9 m separados por paredes con vidrios transparentes, cada uno de ellos cuenta con sistema de oxígeno y aspiración empotrada, luz de cabecera, luz alta y baja en la parte superior, luz de noche, y tomacorrientes, un mueble en forma circular que se ubica en la parte central de la unidad, cama gatch con plancha para masaje cardiaco, cabeceras desmontables y barandales para seguridad de los pacientes, dos soportes de cama, una silla y mesa de noche. También cuentan con sistema de aire

acondicionado permanente y estabilizador de corriente. La unidad de cuidados intensivos tiene dos tópicos de trabajo: uno para la enfermera donde prepara la terapia de los pacientes, y que cuenta con reposteros, vitrinas donde se almacena material específico de la unidad de cuidados intensivos : catéteres de diversos lúmenes y calibres, marcapasos, cánulas de traqueostomía; material de consumo clínico tangible, medicamentos de emergencia, lavatorios de manos con dispensador de jabón a circuito cerrado y secador de manos automático; también está ubicado el analizador de electrolitos en sangre, El otro tópico está destinado a la limpieza de material tangible de uso continuo como; riñoneras, cubetas, equipos -de curaciones; cuenta con una zona de almacenamiento de ropa limpia de uso diario y andamios para soluciones parenterales.

En la parte central de la unidad se encuentran los 08 ventiladores volumétricos listos y operativos para su uso, además posee bombas infusoras, electrocardiógrafo, coche de reanimación cardiopulmonar con desfibrilador, 01 monitor de gasto cardíaco invasivo y no invasivo. Todo el ambiente está completamente cerrado y cuenta con luz blanca artificial.

Cerca al tópico se encuentran dos zonas más: una es el botadero general y en la otra está el lava chatas y los aros con bolsa rodantes para la ropa sucia.

La Unidad de Cuidados Intensivos es una unidad polivalente destinada a la atención de pacientes en estado crítico con posibilidades de recuperación, tanto clínico como quirúrgico y de todas las edades, que reciben atención permanente por personal especializado (médicos, enfermeras y técnicos de enfermería), durante las 24 horas del día, con calidad y calidez (17).

El personal que labora en esta unidad es el siguiente:

Personal de Enfermería: 01 Enfermera Jefe en turno de mañana; 10 Enfermeras asistenciales en turnos rotativos de mañana, tarde y noche; y 01 técnicos de enfermería por la mañana, uno para la tarde y 1 para la noche.

Personal Médico: 01 médico Jefe, 02 médicos asistentes intensivistas que hacen guardias rotativas de 12 horas diarias o nocturnas; 02 médicos residentes.

La sala de espera está ubicada en la parte externa del servicio y es común para los familiares de Unidad de cuidados intensivos y de Hemodinamia, está amoblada con bancas de madera con respaldar no reclinable. No cuenta con privacidad ni otro medio de confort.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La información se obtuvo mediante la observación y la entrevista personal no estructurada. Esta última se utiliza cuando se procede sin un concepto preconcebido del contenido o flujo de información que desea recabar y se caracteriza por una indagación extensa y preguntas de tipo abierto que permitan a los investigados tener mayor libertad de expresión, al mismo tiempo al investigador indagar a profundidad sobre el objeto de estudio (27).

Este tipo de entrevista fue de mucha utilidad para explorar las vivencias de los familiares frente al cuidado de enfermería en las unidades de cuidados intensivos y nos permitió lograr una mayor cooperación de los entrevistados, asimismo les facilitó expresarse con mayor facilidad sobre el tema de investigación.

El instrumento (anexo 02) tuvo dos partes, la primera los datos generales y la segunda los datos específicos este último constó de varias preguntas.

3.6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se coordinó con la jefa de la unidad de cuidados intensivos pidiendo la autorización de la misma, la cual facilitó el contacto con los familiares cuyo ser querido se encuentra hospitalizado en dicho servicio. Se validó el instrumento a través de una prueba piloto la que se aplicó a los familiares cuyo ser querido se encuentra hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos motivo por el cual se reformuló las preguntas de la entrevista. A los familiares se les explicó la finalidad de la entrevista siendo ellos quienes decidieron voluntariamente participar en nuestro estudio.

Para las entrevistas se acondicionó un ambiente privado y tranquilo en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo con la finalidad de evitar interrupciones estableciendo un clima de seguridad, confianza y confiabilidad que las respuestas sean espontáneas y sin inhibiciones. La entrevista duró aproximadamente 20 minutos.

La recolección de datos se realizó a través de una entrevista no estructurada que se aplicó a 05 familiares lo que nos permitió indagar a profundidad sobre el objeto de estudio. Para las entrevistas utilizamos grabadoras, cintas magnetofónicas y cuaderno de campo para recolectar la información tal y como lo brindan los entrevistados.

3.7. TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Una vez recopilada la información los discursos fueron transcritos de modo fidedigno, tal como lo expresaron los familiares para luego ser leídos y releídos uno por uno procediéndose a codificar; Se les colocó un seudónimo para mantener el anonimato y confidencialidad.

Luego de haber obtenido los temas recurrentes se agruparon según el de cada uno conformándose así la subcategoría las que generaron tres grandes categorías.

Por último se utilizó la categorización y sub categorización con la ayuda del marco teórico y se realizó la discusión de los resultados con base científica.

3.8. PRINCIPIOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Durante el desarrollo de esta investigación se tuvo en cuenta los principios éticos que postula el informe Belmont y otros:

- **RESPETO A LA DIGNIDAD HUMANA.**- incluye la autodeterminación y la información completa, se permitió que los familiares tengan completa libertad para controlar sus propias actividades y les describimos a los familiares la naturaleza del estudio y sus derechos. Utilizándose la hoja de consentimiento informado.
- **JUSTICIA.**- el derecho a preservar la intimidad tratando en lo posible de

mantener el anonimato o utilizar procedimientos formales de confidencia, es decir se usaron seudónimos. El trato que se le brindó al familiar fue justo y equitativo antes, durante y después de su participación en el estudio. Por tal razón llevaron seudónimos asumiendo así el compromiso de confidencialidad.

- **NO DAÑAR.-** también llamado beneficencia, comprende la máxima hipocrática “no causar ningún daño”, los participantes en la investigación tuvieron la plena seguridad que su participación en el estudio con la información proporcionada al investigador no se usó en su contra de ninguna manera.

3.9. RIGOR CIENTÍFICO DE LA INVESTIGACIÓN

En el rigor científico se tuvo en cuenta los criterios que se utilizan para evaluar la calidad científica de un estudio cualitativo según Poliet y Hungler.

- **Confidencialidad:** Se mantuvo en secreto y reserva la identidad de los familiares para ello se utilizó seudónimos y se utilizó toda la información obtenida de ellos estrictamente para la investigación. Para luego incinerar toda la información dada por los familiares,
- **Credibilidad:** Alude a la confianza en la veracidad de los descubrimientos relacionados con la investigación y hace referencia a la

necesidad que exista una concordancia entre los resultados de la investigación y las vivencias que los familiares participantes poseen de la realidad estudiada y que son presentados en el informe final.

Los datos que se recogieron durante toda la investigación a los familiares fueron grabados y posteriormente transcritos fielmente, al igual que los datos obtenidos a través de la observación a los mismos.

- **Confirmabilidad:** Va a permitir que otro investigador siga la pista o la ruta de lo que nosotras como investigadoras hemos hecho y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las autoras, siempre y cuando tenga perspectivas similares. Para garantizar el cumplimiento de este criterio se llevó un registro cuidadoso de los datos y documentación completa de las decisiones e ideas, correspondiendo fielmente a la realidad observada, pudiendo ser corroborados o confirmados por otro investigador.
- **Transferibilidad:** Se refiere a la posibilidad de extender los resultados de un estudio a otro contexto. Para ello se describió densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno es estudiado; por lo que el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. ANÁLISIS DEL CONTEXTO

En el presente estudio de investigación con enfoque de Estudio de Caso es importante enfatizar la interpretación de la situación en el contexto que se presenta, teniendo en cuenta el objeto de estudio, las investigadoras describieron el contexto en que se sitúa el fenómeno en estudio, es decir, los familiares frente al cuidado que brinda la enfermera en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo.

El Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, es una institución de salud de 4to nivel de atención, donde se brinda una atención especializada, contando para ello con tecnología altamente sofisticada para el diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud, esta institución tiene una infraestructura propia y adecuada, y personal de salud profesional, capacitado y competitivo en la atención al cliente.

4.2. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LOS FAMILIARES

De los cinco familiares entrevistados, 2 son varones y 3 son mujeres. El parentesco que los une al paciente es de hermana, hijo, esposa, padre y

madre. Sus edades son 41, 32, 48, 82 y 76 años respectivamente. En relación a sus ocupaciones son: secretaria, técnico en computación, profesora, maestro jubilado y ama de casa respectivamente. Todos estos familiares son de Chiclayo. No se ha observado diferencias significativas en los estados afectivos y expresiones de los diferentes familiares, probablemente porque son familiares directos.

4.3. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LOS DISCURSOS

La familia es un filón por aprovechar, siempre ha estado ahí pero hasta ahora, tal vez, no se hayan dado las condiciones para su aprovechamiento. El cuidado constante y eficiente en el seno familiar o próximo al paciente son de gran valor sobretodo en una sociedad que envejece paulatinamente y donde las patologías crónicas se están convirtiendo en las estrellas. La valoración de las necesidades de los familiares es de importancia capital en nuestro entorno, pero nuestras intervenciones no sólo deben ir encaminadas a una correcta evaluación de necesidades, deben centrarse en cinco dimensiones: física, emocional, espiritual, sociocultural e Intelectual que contribuyan a alcanzar el bienestar de los Familiares (23).

El análisis de la información obtenida a través de la entrevista abierta a profundidad y de La observación, dio lugar a la elaboración organizada de tres categorías y se presentan a continuación:

Categoría I: Los familiares, sus emociones y mecanismos psicológicos de defensa frente al cuidado de enfermería

- Emerge la falta de Tranquilidad de los familiares.
- El surgimiento de Preocupación de los familiares.
- Emerge el Miedo a represalias.
- Develando la Falta de humanismo.

Categoría II: Los familiares y los sentimientos frente al cuidado de enfermería

- Emerge la tristeza de los familiares.
- Surge la Incertidumbre.
- Emerge la indiferencia.
- Surge la desesperación.
- Develando la Fe.

Categoría III: Reacciones de los familiares frente al cuidado de enfermería

- Familiares responden con Agresividad
- Impotencia frente a la “superioridad” de la enfermera.

Sin embargo, hay ciertos mecanismos psicológicos y que son fugaces, que de todas maneras las enfermeras deben tener presente y se observa en la categoría:

CATEGORÍA I: LOS FAMILIARES SUS EMOCIONES Y MECANISMOS PSICOLÓGICOS DE DEFENSA FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Los mecanismos psicológicos son impulsos que surgen en el transcurso de nuestras vivencias, dependen de cómo valoremos o interpretemos lo que está ocurriendo, lo que hacemos y como reaccionamos para que estas emociones tengan un papel esencial en la toma de decisiones y en nuestro comportamiento (7).

Las emociones son reacciones espontáneas que se vivencian como una fuerte conmoción del estado de ánimo; y puede durar entre segundos y días y de acuerdo a como se den en su entorno estas emociones se tornan negativas como respuesta a una excitación o perturbación que predispone una respuesta organizada (31).

Una emoción negativa surge como una respuesta subjetiva desagradable que genera angustia, dolor y dentro de las cuales encontramos la ira, la rabia, la cólera y el temor, las que pueden producirse debido a situaciones frustrantes y amenazadoras.

Las emociones negativas tienen una función natural y si no pueden expresarse en su momento pueden "cronificarse", acumulándose y

provocando diversos conflictos emocionales, estas emociones tienen una respuesta adaptativa en el entorno que la rodea y si no se expresan provocan un desequilibrio emocional (35).

El ser humano no sólo obra y piensa, es más que nada un ser individual, único, importante, con sentimientos que responden a su ambiente psicosocial en base a sus valores y creencias personales. Además por ser un ser social, le permite estar en constante interacción con su entorno presto a transformar y adaptarse a acontecimientos únicos. El cuidado humano sin duda esta pleno de valores por parte de quien brinda el cuidar en este caso la familia, cuyos valores que independientemente del enfoque, priorizan la paz, la libertad, el respeto y el amor. Este cuidado en síntesis consiste en forma de vivir, de ser, de expresarse. Cuando un ser querido se encuentra hospitalizado en UCI, de hecho esto produce en los familiares falta de tranquilidad, preocupación, miedo; lo que se corrobora en el presente estudio, y se verifico en las siguientes 4 subcategorías:

El hecho de tener a su familiar internado en UCI y la poca interacción del personal de salud con los familiares hace que estos se sientan intranquilos con respecto a la atención de su ser querido por parte de la enfermera.

Emerge la falta de tranquilidad de los familiares

Generalmente el Hombre no actúa solo siempre tiene que haber alguien que lo ayude, lo apoye alguien en el que él pueda confiar para salir adelante, la confianza es fundamental para la vida en sociedad en el ser humano de lo contrario estaríamos preocupados, agitados o nerviosos. Es importante resaltar también las fases de la relación terapéutica que son:

Primero la fase de introducción u orientación, incluye establecer una relación y llegar a conocerse entre sí, y desarrollar un grado de confianza entre la enfermera, paciente y la familia.

En la segunda fase de Trabajo, se inicia cuando la enfermera y el familiar, empiezan a verse uno al otro como individuos únicos y se aprecian. Cuando se logra esto, aumenta la posibilidad de empatía de ambos.

En la tercera fase de Resolución o culminación, se trata de culminar la relación terapéutica que es tan importante como iniciarla. Para ello es importante preparar al familiar para esta experiencia y resulta útil revisar los logros obtenidos en el avance de las metas preestablecidas. Esto se evidencia en el siguiente discurso:

"...Al comienzo tranquila porque la enfermera de ese día que atendió a mi hermanito muy buena, pero después con el mal trato de las otras enfermeras y de los médicos me siento intranquila..." (Cáncer: hermana)

“... (Muestra un ceño fruncido y en voz alta) Srtas. Las personas que aquí trabajan creen que lo saben todo y a nosotros nos miran como estorbos y nos culpan de la enfermedad de nuestro familiar e incluso llegan a decirnos porque hemos esperado tanto para traerlo al hospital... (Se queda callado junta las dos manos y se las lleva a la cabeza como sobándolas) de verdad que causa mucha intranquilidad que nuestro familiar este allí, a pesar que sé que es un lugar especializado sin embargo por el tipo de personal que allí labora no me da la tranquilidad suficiente...” (Tauro: padre – maestro jubilado)

“...pobre mi hermano cuando lo llevaban allí una enfermera (levanta su mano y dobla sus cuatro dedos dejando uno que lo mueve enérgicamente) solo una enfermera me dijo tranquila mamita vamos hacer todo para que tu hermano este bien aquí; de ahí no me he vuelto a encontrar con nadie igual...” (Cáncer: hermana - secretaria)

Al respecto para la familia la hospitalización de un ser querido tiene gran importancia y relevancia más aun cuando se quedan internados en la unidad de cuidados intensivos debido a que lo perciben como un temor a lo desconocido ocasionándole intranquilidad con relación al actuar de las enfermeras que están realizando actividades a favor de la recuperación de su ser querido.

Las enfermeras deben lograr una interacción con los familiares en la que exista comunicación adecuada que permita facilitar emociones, ideas y pensamientos mediante el intercambio verbal; por tanto los familiares deben recibir por parte de la enfermera cuidados donde predomine el trato humano, consideración, confianza en su capacidad de entendimiento, teniendo en cuenta el nivel cultural de cada familiar, logrando de esta manera disminuir en ellos la incertidumbre y el desasosiego que produce esta situación (6).

La adaptación es un proceso que promueve la integridad fisiológica, psicológica y social de cada familiar para lo cual debe adaptarse a los diferentes cambios; y dependiendo cómo los familiares se adapten a la enfermedad de su ser querido que se encuentra hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos, influirá en las vivencias que tengan ellos frente al cuidado que brinda la enfermera (22).

Así mismo el nivel de adaptación de una persona es un punto en continua modificación. En el modo fisiológico, las formas de hacer frente a la adaptación están en relación con la satisfacción de las necesidades básicas. En el modo de auto concepto, los sentimientos, las emociones y reacciones, la imagen corporal alterada o la incoherencia entre lo ideal y las expectativas de los familiares y de su ser querido determinan las conductas para adaptarse. En el modo de la función de rol, la adaptación de los familiares dependerá de la interacción entre la realización de sus funciones frente al cuidado de su ser querido al mismo tiempo frente al cuidado que les brinda

la enfermera a ambos. Y en el modo de interdependencia, lo constituyen las relaciones de cada familiar con los demás y con sus sistemas de apoyo más significativo para adaptarse a la situación.

Para las autoras también es importante tener en cuenta la dimensión transcultural como una alternativa para dar el toque humanístico al cuidado de enfermería, pues fomenta el descubrimiento de las perspectivas culturales de los familiares, de sus prácticas y valores respecto al cuidado y así identificar las diferencias y similitudes del cuidado y ofrecer finalmente acciones sensitivas y competentes desde su perspectiva cultural.

Como consecuencia a esta atmosfera de intranquilidad de la familia se suma mucha preocupación por el estado actual de su ser querido al que no pueden visitar con frecuencia.

El surgimiento de preocupación de los familiares

La preocupación es la alteración del ánimo por una contingencia o situación difícil, generalmente se acompaña de intranquilidad con momentos de zozobra por la gravedad de la enfermedad. En la sala de espera del servicio en estudio los familiares pasan por momentos de desesperación y aprehensión, de aquí la importancia de la actuación de enfermería para atender sus necesidades ya que forma parte del contexto del paciente lo cual no debemos olvidar. Lo que se evidencia en los siguientes discursos:

“... [] Imagínese señorita yo soy hipertensa y cuando el médico de emergencia dijo que mi esposo podía morir, que por eso lo hospitalizaban aquí en la UCI me quería morir...” (Aries: esposa - profesora)

“...Quien estuvo en ese momento fue mi hermana pero cuando yo me entere enseguida me vine a ver a mi papá desde temprano y ya son las siete de la noche y sigo esperando para que me informen como está mi papá...” (Virgo: hijo – técnico de computación)

Durante la estancia de un paciente en UCI, sus familiares también experimentan preocupación siendo las necesidades básicas manifestadas por los mismos el mantenimiento de la esperanza, confianza, la existencia de unas instalaciones apropiadas, de unos horarios de visita flexible, apoyo psicológico, etc.

No obstante, la necesidad considerada como más importante es la información, la cual debe ser adecuada, honesta, y al mismo tiempo carente de inconsistencias o contradicciones. Además, la constatación de diversas alteraciones psicológicas en los familiares durante el proceso de tratamiento y recuperación de la enfermedad crítica del paciente. Finalmente se debe considerar la presencia de un psicólogo como miembro integrante de un equipo multidisciplinario.

Viendo todos estos limitantes y en su necesidad de obtener información adecuada de su paciente intentan levantar su voz de protesta, lo que queda anulado por sentir miedo a las consecuencias.

Emerge el miedo a represalias

El miedo es una emoción natural ante amenazas reales o imaginarias que tiene la función adaptativa de preparar fisiológicamente al organismo para una posible "huida" o en sensación de peligro inminente puede provocar una respuesta de inmovilización (36). Como se puede observar en los siguientes discursos:

"... Srtas. Me da ganas de irme acusar a esta enfermera si es que se le puede llamar enfermera con el gerente pero imagino que puede bloquear nuestro ingreso en las horas de visita o simplemente atender mal a mi padre..." (Virgo: hijo – técnico en computación)

"...pero me detengo porque yo que estoy bien, hablo y todos me tratan mal como lo tratarán a mi hermano que está como dormido..." (Cáncer: hermana - secretaria)

“...Cuando uno ingresa antes de ir a ver a nuestro familiar debemos lavarnos las manos pero sucede que en cierta oportunidad me encontraba muy nerviosa porque nos habían dicho que mi esposo se había agravado por la noche y me olvide de realizar adecuadamente el lavado de manos y la enfermera me dijo Sra. que hasta ahora no aprende a lavarse las manos, por respeto y para que no evitara que entráramos tuve que quedarme callada...” (Aries: esposa – profesora)

Podemos evidenciar que en los familiares cuyo ser querido se encuentra hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos se produce el miedo como una perturbación angustiosa del ánimo a un riesgo o daño real o imaginario; es el recelo o aprensión que tienen de manifestar lo que verdaderamente sienten frente al cuidado de enfermería por temor a que de alguna manera repercuta negativamente en el trato y atención a sus seres queridos es decir a lo que sucede cuando la enfermera les dice; "Bueno, tienen que despedirse, la visita ha terminado. Gracias". Esta fórmula u otras muy parecidas se emplean en nuestras unidades. Cuando por fin el último visitante abandona el módulo de atención, mirando tristemente hacia atrás, muchos profesionales sentimos que hemos dejado escapar algo importante, casi podemos escuchar como el cierre de la puerta cercena un nebuloso pensamiento que comenzaba poco a poco a materializarse. Después la rutina y la frecuentemente triste realidad actúan como amnésico bálsamo.

Vemos pues que la realidad del acceso y la participación en los cuidados de los familiares parece, como poco positiva en nuestro ámbito. Entonces ¿qué falta ahora? Tal vez lo más difícil, un cambio en la cultura de los profesionales y las instituciones, casi nada, décadas de ocultismo y secretismo, de edificación de un colectivo porque tenían los conocimientos y el poder (el poder sanitario y su paladín el médico todopoderoso) deben ser eliminados. Hemos de acostumbrarnos a que nuestra labor sea criticada por extraños y a que nuestras decisiones no tengan valor de ley. Hemos de comenzar a pensar en el valor de lo que hacemos (valor de los cuidados), su pertinencia y no en el costo (criterio económico).

Los familiares agobiados sienten que se encuentran a merced de personas que no comprenden su dolor, que han perdido su humanidad y que no les ayudan a enfrentar sus temores.

Impotencia por la falta de humanismo

El cuidado es la esencia de Enfermería, estos debieran estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración. Sin embargo las instituciones hospitalarias impregnadas del modelo biomédico y curativo, reduce lo

humano a lo biológico alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado, quedando relegado acciones como la comunicación eficaz y el interactuar con el paciente y familia en forma cercana denominado por Watson cuidado transpersonal: El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular, en enfermería de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales. Los cuidados son contextuales a la época, al lugar geográfico, a las necesidades de una población o de un individuo en particular, y a los elementos con que se cuenta y por ello requieren de un conocimiento del ambiente que rodea al individuo y del conocimiento del individuo en sí. Cuán importante es entonces que las enfermeras otorguen cuidados centrados en los usuarios y que los cuidados humanizados se integren a la praxis para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud.

"...después salió y le pregunte qué es lo que tenía mi esposo pero me contesto que el doctor debía decirnos que es lo que tenía mi esposo y no ella entonces señorita me dejo fría y no le dije nada..." (Aries: esposa - profesora)

"... Algunas son buenas, es que hay de todo pero hay otras que parece que el hospital fuera de ellas, pero hay un Dios señorita...."

(Aries: esposa - profesora)

"...Las enfermeras de la UCI son indiferentes al dolor de nosotros..."

(Cáncer: hermana - secretaria)

De todos estos discursos podemos confirmar que la enfermera ha dejado de lado su visión humanista, el interactuar con el paciente y sus familiares, restringiéndose exclusivamente a lo biológico. En la actualidad y para el futuro la enfermera aún tiene mucho por hacer y mejorar, que el compromiso seguirá siendo arduo y trabajoso, pero el cuidado humanizado de enfermería no ha sido fácil y todos los profesionales que forman esta disciplina tienen la fuerza suficiente para hacer de su que hacer algo importante, como dice Tolle: "hay que tener claro que nuestro presente es el único tiempo real, debemos vivirlo", sin dejar de lado nuestro centro: la persona humana.

Para las autoras la visión humanista del cuidado de Watson, es importante por cuanto cambia la visión de los cuidados de Enfermería en los sistemas hospitalarios, el cuidado debe adquirir una dimensión profunda que va más allá• de una simple técnica, de planificar una atención, de recibir un turno o la de una educación rutinaria día a día; es estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos y sus emociones.

CATEGORÍA II: LOS FAMILIARES Y LOS SENTIMIENTOS FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA

El cuidado informal es una realidad tan antigua como el hombre y tal vez por ello, tan poco valorada como él. La primera y más eficiente agencia cuidadora que conocemos es la madre, sus desvelos y su constancia son paradigmáticos. Existe un acuerdo unánime respecto a la Importancia y magnitud del cuidado Informal, ya que este completa o sustituye la ausencia o deficiencia de provisión de servicios formales.

La realidad de la atención prestada por familiares se va abriendo paulatinamente paso en nuestra sociedad pero no tanto en el ámbito de los Cuidados Críticos donde parece que la tecnología y la agresividad son marca de clase.

El enfrentamiento del paciente y sus familiares a un medio tan hostil como el de los cuidados críticos es un fenómeno íntimo poderosamente desorganizador, al caos inicial (ese cambio brusco y desequilibrante) en el que el asesoramiento de los profesionales y su actuación es primordial, siguen otras etapas donde paulatinamente la esfera próxima al enfermo debe ir retomando parte de su papel. Esto se ha demostrado no sólo beneficioso para la evolución del paciente, sino que contribuye al mantenimiento de la salud del núcleo familiar en unos momentos donde su fuerza es crucial.

Los familiares no pueden separarse del enfermo, están sintonizados con él en cada momento de su evolución; por lo mismo, se dan cuenta cuando su paciente se encuentra en un estado delicado de salud, es decir; perciben la situación real de su paciente aunque a veces no lo aceptan; de ahí la importancia de que personal de salud les brinde una información adecuada que les lleve a comprender y aceptar la gravedad del paciente(3).

Por esta atmosfera de caos que se presenta en los familiares frente a la hospitalización de su ser querido en UCI, es que fluyen estas 5 subcategorías:

Cuando la familia interna a su ser querido en UCI enfrenta cosas nuevas y desconocidas para ellos, lo que hace fluir un sentimiento de tristeza y dolor, es así que se constata la tristeza cuando surge la categoría:

Emerge la tristeza de los familiares

La tristeza es un sentimiento fácilmente identificable, comunicable y reconocible, tanto por la persona que lo sufre como por la persona a la que se comunica. Una persona que se siente triste, *apenada* o afligida puede contagiar estos sentimientos a otra persona y este sentir sentimientos similares (26).

Las personas son seres complejos cuya responsabilidad tiene múltiples aspectos, su cultura, la sociedad y el grupo de pertenencia influye en su

comportamiento y en su manera de sentir y que las hace Experimentar tristeza, de acuerdo al trato que reciban y el medio en que se desenvuelven (23).

La profunda y conmovedora tristeza que expresan los familiares en la entrevista, nos permite conceptualizarla como un sentimiento de dolor ante una gran diversidad de situaciones cotidianas desagradables o adversas, cuyo común denominador es, por lo general, la perdida de algo importante para cada uno de ellos. Se trata por lo tanto, de una experiencia psicológica coherente con lo que la desencadena y con una intensidad y duración adecuadas a la situación desencadenante.

"...En realidad veo que la enfermera atiende bien a mi papá, domina todos los equipos que a él le han puesto, pero me causa mucha tristeza cuando la enfermera a pesar de estar cerca de nosotros no nos puede informar sobre la salud de mi padre porque refiere no estar dentro de sus funciones informarnos..."
llanto. (Virgo: hijo- técnico en computación)

"...Yo me siento triste uno por la situación de salud que atraviesa mi esposo y dos porque la enfermera muchas veces no se pone en nuestro lugar y tal parece como si le molestara mi presencia,

pero cada día que pasa al ver a mi esposo que no responde (llora se limpia los ojos)... La enfermera que cuida a mi esposo insiste que ella no puede informarme nada..." (Aries: esposa- profesora)

"...Decir UCI significa que nuestro hermano se puede morir [] las enfermeras ni nos toman en cuenta..." (Cáncer: hermana-secretaria)

A esto se une la falta de información adecuada, el no saber qué sucederá y ser incapaz de asimilar lo que está sucediendo, es así como surge la incertidumbre en el familiar.

Surge la incertidumbre

La Teoría de la Incertidumbre en la Enfermedad y el impacto que esta tiene en el individuo es la aplicación del marco de la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad.

Para ello se conceptualiza el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad como "la incapacidad de la persona de determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, siendo incapaz de dar valores definidos a los objetos o hechos y por lo tanto no puede predecir los resultados, todos los fenómenos motivados por la falta de información y conocimiento.

De esta forma, si las estrategias recopiladas son efectivas, entonces ocurrirá la adaptación. La dificultad de la adaptación dependerá de la habilidad de las estrategias recopiladas para manipular la incertidumbre en la dirección deseada, ya sea para mantenerla, si se valora como oportunidad, o para reproducirla, si se valora como un peligro (40).

Para las autoras la incertidumbre percibida es un juicio acerca de un evento o situación que es juzgada como incierto cuando no puede ser adecuadamente estructurada o categorizada porque el individuo carece de información suficiente para ello, pues la persona percibe una situación basándose en la interpretación de factores que tienen relación con ella y de su significado para evaluarla.

La incertidumbre que ocurre puede obstaculizar una clara evaluación de una situación y afectar la habilidad de adaptación y de tomar decisiones de un individuo.

Las causas pueden tener relación con la naturaleza del evento, las características del individuo involucrado, o debido a la combinación de ambos. Originalmente se identificó ocho dimensiones: 1) Ambigüedad, 2) Complejidad, 3) Falta de información, 4) Impredecibilidad, 5) Falta de claridad, 6) Inconsistencia, 7) Múltiples significados y 8) Probabilidad (40).

Las autoras encontramos que las familias presentan altos niveles de incertidumbre que están relacionados con su estado de ansiedad. La cual esta aumentada considerablemente con la reducción del apoyo social. Por lo tanto, es un síntoma que se debe manejar muy bien por el

profesional de enfermería para así disminuir la incertidumbre tanto de la familia como la del mismo paciente. Esto se observa en los siguientes discursos:

“...Las enfermeras dicen que me calme pero me enteré que mi esposo ha convulsionado (llora...se pasa ambas manos por su rostro como intentando secarse las lágrimas), ahora no se si estará conciente porque convulsiono ¡Dios, qué incertidumbre! Srta. Ya no puedo más...”Llora. (Aries: esposa – profesora)

“...Srtas. Me dijeron en la mañana que a mi hijo le iban a sacar ese tubo que está en su boca, a la hora de la visita mi hijo estaba ya sin ese tubo y nos recomendaron que no lo hiciéramos hablar por nada y lo cumplimos, pero en la noche el médico nos dijo que había sido muy rápido el retiro de ese tubo y que había tenido que volver a intubarlo. Entonces señorita ¿qué paso? , mire la hora que es y hasta el momento no nos explican nada, qué incertidumbre... (Se entrecruza las manos y las apreta)...se hecha a llorar. ¡Qué incertidumbre!...” (Libra: madre – ama de casa)

Como resultado de la falta de información a los familiares con respecto a la situación actual de su ser querido, el ingreso y la estadía de un familiar

en una UCI, produce sentimientos de miedo y preocupación, tanto por las circunstancias propias de la patología, como por las posibles secuelas de la enfermedad. Todo ello origina nuevos replanteamientos de rol y posibles cambios en el estilo de vida. Este nivel de conocimiento de la situación estresante se basa en la experiencia previa, en la oportunidad que le brindan los medios masivos de comunicación para informarse y en sus mecanismos de afrontamiento normal.

Los elevados niveles de ansiedad, dados por la ambigüedad e inconsistencia de la información entregada a la familia, son de gran importancia para enfermería, ya que nos permite implementar intervenciones para disminuir el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad de los familiares de nuestros pacientes, a su vez, el hecho de conocer las creencias y sentimientos de familiares de pacientes que ingresan a UCI, permite establecer medidas efectivas para su disminución contribuyendo al proceso de humanización de los cuidados intensivos.

Conocer en profundidad la experiencia sentida por los familiares de pacientes críticos, nos permite establecer un actuar como profesionales de la salud dirigidas a minimizar sentimientos negativos y favorecer así, en el paciente y su familia, una evolución más satisfactoria de su proceso de enfermedad.

Sumado a la incertidumbre en el familiar está la indiferencia del personal de salud, que solo se limita a asistir la parte biológica del paciente y deja de lado su entorno que es igual de importante.

Emerge la indiferencia

Enfermería se ocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de la persona y no solo el proceso médico, por ende se centra en las respuestas globales de la persona que interactúa con el entorno " Por tanto se Concluyó que las enfermeras han olvidado el cuidado holístico y no aplican las estrategias del cuidado como son la relación de ayuda tanto para el paciente como sus familias, mediante el tacto, comunicación, etc. estrategias que permitan aliviar la ansiedad de los mismos y por consiguiente disminuir la sensación dolorosa que muchas veces se ve incrementada por el estrés situacional (15). Viéndose plasmado en los siguientes discursos:

"...La verdad señorita nada...cuando traían a mi esposo para acá para la UCI la enfermera lo recibió y nos dijo esperen afuera eso fue todo y nos cerró la puerta..." (Aries: esposa- profesora)

"...La enfermera de la noche me dijo que la hora de visita era de 3:00 a 3:30 de la tarde que antes no podía pasar así que espere hasta el siguiente día y como siempre pregunte al médico sobre la salud de mi padre y él me dijo que era muy delicado y que no

podía decirme más porque iba a pasar visita...” (Virgo: hijo-técnico de computación)

“...lo único que te dicen espera la hora de visita y nada más o solo salen a entregarte la receta. Como cualquier otra persona...” (Cáncer: hermana - secretaria)

Los familiares reclaman ante la indiferencia del personal de salud a su sufrimiento, por no obtener la información precisa y oportuna de cómo se encuentra su familiar internado en UCI, a raíz de esto las investigadoras corroboran lo expresado por los familiares, ya que el cuidado que brinda la enfermera, esta priorizado por indicaciones médicas; analgesia, para aliviar su dolor, dejando completamente de lado el aspecto psicológico de los familiares, olvidando la holística del paciente.

Con todo lo vivido hasta ese momento el familiar al no obtener respuestas que lo calmen y víctimas de la indiferencia del personal entra en un estado de desesperación y se verifica cuando emerge la siguiente subcategoría:

Surge la desesperación

En la unidad de cuidados intensivos dado el tipo de pacientes que se atienden, los cuales son de alto riesgo y con peligro de muerte, se presentan situaciones desesperantes en la familia del mismo.

La desesperación en los familiares aparece cuando perciben un gran sufrimiento en el paciente y ven perdida la esperanza de una pronta recuperación. La desesperanza casi siempre es consecuencia más o menos directa que llega en un momento en la vida de una persona donde todo es pura rutina y ya casi nada tiene sentido, pero a nadie se le culpa de ello. La desesperación lleva a los familiares a perder la paz, la tranquilidad, la paciencia, la fortaleza y la esperanza necesaria para hacer frente a todos los problemas por los que atraviesan, ante la posibilidad de un fatal desenlace, esto puede apreciarse en los siguientes discursos:

"...Señora yo me sentí mal, no sabía que hacer me parecía mentira (tiembla, se retuerce los dedos, sus ojos se llenan de lágrimas) al ver a mi esposo en ese estado y encima la enfermera diciéndome que no podía informarme nada a pesar de mi insistencia por saber cómo estaba mi esposo..." (Aries: esposa - profesora)

"...Uy señorita yo no sabía que hacer caminaba de un lado para otro y cuando le pregunté a la enfermera, ella me decía que el médico saldría a informarme pero, nadie salía a decirme nada me parecía mentira y un llanto por ver así a mi hermano..." (Se toca la cabeza) (Cáncer: hermana - secretaria)

Al no obtener una respuesta satisfactoria, y sentirse abrumados por el silencio indiferente del personal de salud, los familiares entran en un estado de desesperación que los lleva a perder el poco control que tienen. La desesperación es un estado emocional subjetivo y mantenido por el individuo que no ve elecciones o alternativas personales disponibles para solucionar problemas o para conseguir lo que se desea y no puede movilizar la energía a su favor para establecer objetivos.

Para las autoras es importante considerar el entorno de los familiares ya que vemos que la desesperación en ellos es mayor cuando no tienen ningún tipo de apoyo del profesional de enfermería. Los familiares que padecen estos sentimientos de desesperación se defienden como pueden de la terrible tensión interior, necesitan hacer algo para descargarse; actúan así porque no saben en realidad lo que va a pasar con su ser querido, ni lo que le van a hacer ya sea porque la enfermera les habló en un lenguaje no adecuado para ellos o simplemente porque para ella la atención principal y únicamente debe ser para el paciente dejando a un lado a los familiares.

A lo que recurre todo ser humano cuando está en su límite es a Dios todopoderoso, quien nos brinda esa fuerza y energía para enfrentar lo que estamos viviendo y esto se observa en la siguiente subcategoría:

Develando la fe

La concepción del cuidado de hecho, tiene relación no sólo con la postura filosófica que se tenga del hombre, del mundo y de la sociedad, así se puede otorgar mejor importancia al objeto o sujeto o a la interacción de ambos sino también con la postura teológica donde los familiares creen que después de todos los esfuerzos realizados humanamente hay una fuerza sumamente poderosa que sobrepasa a todo y esa fuerza es Dios a quien lo definimos como aquel ser que todo lo puede e incluso recobrar lo que se veía perdido. Se evidencia la fe en Dios de los familiares en los siguientes discursos:

".. .Rogarle a Dios por la salud de mi esposo..." (Entrecruza sus dedos y dirige su mirada al cielo). (Aries: esposa - profesora)

"... Dios y mi virgencita santa van hacer que mi hijito se sane pronto para irnos de aquí..." Lloro. (Libra: madre – ama de casa)

"... Para Dios nada es imposible por eso estoy seguro que mi hijo sanará pronto..." (Tauro: padre- maestro jubilado)

Las palabras de esperanza y fe en Dios, son las que mantienen en pie a los familiares del paciente internado en UCI. Para el Mons. Tamayo la fe

en Dios no es un simple sentimiento o creencias en dogmas abstractos, la fe es un don de Dios, una revelación divina que tiene que ser aceptada y vivida por el hombre. En este sentido la fe en Dios es una forma de vida superior, esta fe en Dios no se puede medir y llevar fríamente como una cosa externa o como un adorno, sólo se puede conocer interiormente y vivirla en el corazón.

La fe en Dios es la virtud teologal por la que creemos en la existencia de un ser supremo. Como se puede evidenciar los familiares cuyo ser querido se encuentra internado en la unidad de cuidados intensivos utilizan la fe en Dios como una fuerza poderosa para hacer frente a sus dificultades realizando acciones admirables para enfrentar lo que están viviendo, la fe que tienen en Dios les proporciona una fuente de energía y esperanza (38).

CATEGORÍA III: REACCIONES DE LOS FAMILIARES FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA

No hay duda que las reacciones agresivas tienen en los vínculos humanos una presencia básica, universal y permanente y sus consecuencias son determinantes para la salud mental de las personas. La agresividad es la tendencia dirigida a dañar, destruir, perjudicar, lastimar, etc. a otra persona en realidad o en fantasía. El sentimiento que está en la base de las reacciones agresivas es la cólera y la ira pobremente canalizadas.

Con la agresión no se puede dejar de mencionar la ambivalencia de los sentimientos; es decir la presencia simultánea en la relación con un mismo

objeto de tendencias y actitudes opuestas, en especial de amor y odio. Es un ingrediente universal en las relaciones humanas y de importancia fundamental en la salud mental (29). Esta agresividad verbal ha sido manifestada por los familiares cuyo ser querido se encuentra hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos lo que se evidencia en las siguientes 2 subcategorías:

Siendo los familiares partícipes de todo este caos emocional, sin respuestas ni consideraciones, explota y reacciona de forma agresiva contra el personal de salud.

Familiares responden con agresividad

La agresividad es una expresión de la ira, el dolor o miedo, que se refleja en conductas violentas. Se caracteriza por un pisoteo constante y sin escrúpulos hacia los derechos de las otras personas involucradas en el problema y esta agresión puede ser física o verbal. Es decir cuando hemos aguantado demasiado y saltamos por algo sin importancia, en realidad reaccionamos a todo lo que nos ha ocurrido previamente.

La falta de información oportuna de parte de las enfermeras en momentos tan álgidos para la familia, hace que afloren en ellos reacciones de agresividad hacia el personal.

"...Siempre nos limitan las horas de visita no nos dejan entrar que si porque están graves, etc, etc, etc, (lágrimas en los ojos, golpea

la pared), sabe que señorita ahora en la mañana salió la enfermera y nos llamó para pasar a ver a mi hermano y nos dijo que pasaríamos de uno en uno, que quiere decir, que mi hermano está agonizando... Yo les dije que si mi hermano se muere yo y mi familia los denunciaría.

Porque son tan malos acaso han olvidado que hay un Dios que todo lo ve y que juzga sus acciones. ¡Que no lo saben! (llora)"

Señorita pero como puede preguntarme que si está bien lo que estoy haciendo que acaso no escucho, me engañan que mi hermano está muy mal cuando en realidad está agonizando por no decirlo que se está muriendo..." llora. (Cáncer: hermana- secretaria)

Los familiares que en si ya se sienten abrumados por la situación, se ven limitados por la imagen de superioridad que proyecta el personal de salud debido a la poca interacción con el entorno del paciente.

Impotencia frente a la “superioridad” de la enfermera

La imagen de autoridad, de superioridad o de pericia profesional puede resultar útil en algunos casos, o situaciones; pero en la mayoría de los casos una posición de este tipo intimida a los pacientes y sus familias, que quizás puedan verse ya abrumados por sus problemas y situaciones, y con lo cual limita considerablemente el desarrollo de una buena relación

terapéutica. En muchas ocasiones esta relación de superioridad, que solemos utilizar muy a menudo con nuestros pacientes y sus familias, es interpretada como un signo de sabiduría y sagacidad del profesional, como consecuencia de esto, el paciente y la familia limitan los datos e información que ellos consideran importantes al entender y asumir que el profesional es perspicaz y sagaz, y por lo tanto lo comprenderá de todos modos, (el peligro es mayor cuando asumimos que los paciente y sus familias ya tienen la información, o asumimos que ya lo saben todo). La relación profesional-paciente- familia implica de por si una situación en la que se da por supuesto que el primero tiene más poder que el segundo y el tercero. La actitud igualitaria es la forma más segura de evitar una actitud de superioridad, y de anular la tendencia del paciente y del familiar a mirar desde abajo al profesional, lo cual bloquea y limita nuestras intervenciones. En la actitud igualitaria se consigue mayor colaboración del paciente y su familia, y además concede al profesional mayor capacidad de maniobra. En definitiva, se trata sobre todo, de trabajar juntos y conseguir así una buena alianza o enganche terapéutico. Lo que se observa en los siguientes discursos:

"...está bien que ella sea la enfermera y que trabaje allí pero eso no es para que nos traten así, además los doctores también son iguales, el primer día que trajeron a mi esposo el doctor me informo lo que tenía y porque lo pasaban aquí [] a la UCI, Pero al

otro día al preguntarle cómo estaba mi esposo me contesto que estaba igual y se fue...” frunce las cejas. (Aries: esposa - profesora)

Por los relatos mencionados las enfermeras no cuidan a los familiares por lo que ellos manifiestan respuestas emocionales negativas con respecto a la actuación de la enfermera, si bien es cierto existe una interrelación enfermera-familia, pero esta no es la más adecuada, ya que no han logrado establecer una relación terapéutica que no solo ayude a lograr y mejorar la adaptación y funcionamiento físico, sino también cambios en la conducta que llevará a los familiares a hacer frente a la situación por la que están pasando. La adquisición de experiencias emocionales y cognitivas a través del tiempo, es responsable de la deshumanización del trabajo de enfermería dejando de lado las estrategias del cuidado, prevaleciendo la atención de rutina que brindan para todo familiar para aliviar en algo la crisis situacional por la que está pasando.

Debemos aprender a ser sensibles a posibles señales o respuestas de la familia como consecuencia de nuestra conversación. El hablar pausadamente, nos puede ayudar a percibir estos signos, es decir, conversar despacio da tiempo a las familias a hacernos saber sus respuestas y a nosotros percibirlas. Debemos darles la oportunidad de preguntar, incluso a hacernos saber que pueden preguntarnos aquellas dudas o preguntas para las cuales no tenemos la respuesta adecuada o esperada, o sencillamente no se tiene la respuesta. Lo importante no es

tener la respuesta, sino dar a las personas la posibilidad de preguntar, hacerles entender que serán escuchados con respeto y que obtendrán del profesional respuestas sinceras.

El objetivo de la enfermería consiste en facilitar la armonía entre mente, cuerpo y alma. La enfermera debe ser capaz de comprender los sentimientos, las emociones y las reacciones del familiar cuyo ser querido se encuentra hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos, el interés afectuoso que muestra la enfermera hace que los familiares se sientan comprendidos y seguros ante la situación que viven; desarrollando la enfermera una relación de ayuda-confianza que promueva y acepte la expresión de los sentimientos positivos y negativos, implicando congruencia, empatía y afecto no posesivo y una comunicación eficaz, debe brindar un entorno de apoyo, protección y/o corrección en el plano mental, físico, sociocultural y espiritual (36).

El ser humano en su dimensión individual y colectiva es único y total, es una unidad en la que se integran lo afectivo, racional, natural y cultural, definiéndolo esencialmente como un ser sensible y transformador. La Hospitalización de un ser querido en la unidad de cuidados intensivos es un evento que no solo produce estrés en la persona sino también en los familiares.

Las respuestas emocionales de los familiares dependen de su nivel de adaptación a una determinada situación. El modelo de adaptación sostiene: "La adaptación de la persona depende de los estímulos a los cuales está expuesta y de su nivel de adaptación. Los estímulos del entorno son los que están presentes en una situación teniendo en cuenta que la enfermera es quien realiza los cuidados de estas personas, se puede decir que es la enfermera quien representa un estímulo en esta situación.

Por tanto las respuestas emocionales negativas o positivas que puedan tener las personas cuidadas será una consecuencia de las acciones de enfermería.

Sin embargo hay enfermeras que brindan cuidados estableciendo relaciones de calidad entre enfermera- familia y esta depende del auto concepto de la enfermera incluyendo aquí la base de conocimientos, eficacia de los esfuerzos por comunicarse y los patrones de relaciones que utilicen para cumplir con eficacia su responsabilidad profesional.

Pero no nos engañemos todo cambio o el alumbramiento de una nueva forma de hacer, de un nuevo enfoque de la atención pasa por una dura gestación, un parto doloroso y un futuro laborioso. Tamaño esfuerzo es necesario, no sólo para el desarrollo de una profesión como la nuestra, sino que la propia sociedad y sus despiertos políticos están empezando a identificar los cuidados como un valor en alza.

Pero este cambio se encuentra con serios obstáculos de los que por desgracia los profesionales no somos ajenos en absoluto. Mientras las enfermeras se encuentren satisfechas con su situación, no estarán preparadas para cambiar. Lo primero que necesitan es "conciencia de incomodidad". Los cambios de paradigma empiezan por la "incomodidad" de unos pocos, que acaba siendo el sentir de todos; basta ya de la autocomplacencia nuestra labor es el cuidado ya la atención del individuo/familia de manera integral; no somos gestores de constantes, ni prolongaciones autodidactas de los sistemas de control, monitorización o tratamiento. Debemos ser capaces de conciliar la técnica, con la atención del enfermo y la interacción con la familia, nuestra profesión nos lo exige.

Tal vez un cambio de orientación solo pueda sobrevenir, en algunas ocasiones, con la experiencia de un ingreso propio o de un allegado en este tipo de unidades.

CONSIDERACIONES FINALES

Las vivencias de los familiares frente al cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo, son negativas en sus sentimientos (tristeza, participativos, tranquilidad y fe) emociones (desesperación, preocupación, indiferencia y temor) y reacciones (llanto, gritos, amenazas) por la misma situación de estrés que atraviesan cuando su ser querido es hospitalizado en esta unidad y es que por lo general son pacientes que se encuentran en peligro de muerte.

- El cuidado de enfermería está encaminada al cuidado del paciente crítico, olvidándose que la atención es holística, es decir atender al paciente y su entorno familiar, social y cultural, ya que por la misma situación de estrés que atraviesan se tornan carentes de cuidados llegando a experimentar sentimientos, emociones y reacciones que los llevan a mostrarse callados, reprimidos e incluso herméticos frente al descuido de la atención de sus necesidades por temor a represalias con su ser querido por parte de la enfermera.
- Los familiares no pueden manejar sus sentimientos, emociones y reacciones en forma adecuada evidenciándose eso en las siguientes categorías: vivencias de los familiares: la familia,

experimentando emociones negativas frente al cuidado de enfermería, calificando la actitud de enfermería por el bloqueo emocional que están experimentando debido a la falta de información clara y oportuna, por las condiciones que imponen en la unidad y la de atención para cubrir las necesidades que están alteradas en ellos. La familia siente impotencia frente a la deshumanización del cuidado.

- El cuidado humanizado es más que un buen trato o satisfacción usuaria, no sólo recibe el paciente y su familia un trato humano sino que también el profesional y el equipo que entrega los cuidados, aprende y crece junto con ellos, esto lamentablemente falta.
- Los pacientes valoran más los aspectos del cuidado que tienen relación con la comunicación, el afecto y la atención que se le presta dentro de las instituciones hospitalarias; es decir, un cuidado humanizado y transpersonal.

RECOMENDACIONES

- El Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en su Unidad de Cuidados intensivos sobre todo a las enfermeras y todo profesional de salud que allí labora debe reflexionar sobre la atención y cuidados a la familia, cuyo ser querido se encuentra hospitalizado en dichas unidades.
- La jefa de enfermeras debe gestionar con el gerente de esta institución flexibilidad en cuanto a los horarios de visita y otras condiciones que deben tener en cuenta los familiares al estar su ser querido hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos.
- Que el gerente apoye al personal a realizar trabajos de investigación sobre todo con otras metodologías teniendo el principio que el cuidado de la enfermera debe ser integral; es decir , debe incluir a la familia.
- El gerente debe impulsar la implementación del ambiente de sala de espera de los familiares con televisores a través de los cuales se brinden educación en salud e información adicional a la familia de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos.
- Integrar en el equipo de salud de la unidad de cuidados intensivos a un Psicólogo para que planifique y ejecute programas de manejo psicológico dirigidos a los familiares para facilitar la expresión de sus sentimientos, emociones y reacciones, los cuales deben ser tomados en cuenta durante el cuidado humano, holístico e integral que brinda la enfermera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abizanda R., Sobre las necesidades reales de los familiares de cuidados intensivos: Percepción de lo0a familiares y del profesional.[documento en línea].Elsevier.medintensiva.elsevier.es/es/pdf/13108546/S300.[consulta: 12 mayo 2016].
2. Albistur, María Cristina y otros. 1999. La familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados intensivos. Revista médica. Vol. 16. Uruguay.
3. Alayza E, Ampuero L, y Marchena C. Percepciones y Sentimientos de los familiares de los pacientes internados en las áreas críticas de UCI- UCIN. HNAAA. Chiclayo.2003.
4. Álvarez, Y. "Unidad de Cuidados Intensivos: Un Campo Inexplorado por el Psicólogo", [documento en línea j. UCI. 17- 21 de Abril 1999. [www.facso.uchiie.ci/publicaciones/psicoioqía/docs/unidad cuidados intensivos .Pdf](http://www.facso.uchiie.ci/publicaciones/psicoioqía/docs/unidad_cuidados_intensivos.Pdf).[consulta: 15 de noviembre del 2006].

5. Barrentos, A. Campos, S. y Pérez, A.. "El Arte de Cuidar en Enfermería", [documento en línea]. Horizonte de enfermería 2004WWW. revistahorizonte@puc.ci[consulta: 03 de noviembre 2006]
6. Bermejo, José Carlos .1997. Humanizar la salud humanización y relación de Ayuda en enfermería. San Pablo, Madrid. España.
7. Bernal Vílcabana, R. y Milian Torres, D. Vivencias de las madres de hijos menores de 5 años con parálisis infantil ante el cuidado de la enfermera del H.N.A.A.A. Chiclayo. 2004.
8. Cabezudo M., Cantuarias N. Vivencias de los familiares de pacientes con ventilador mecanico en la UCI. Documento en línea. Crescendo.2011. repebis.upch.edu.pe/articulos/in_crescendo/v2n1/a4.pdf. [consulta: 10 de octubre del 2017].
9. Campo M., Cotrina M. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. [Documento en línea]. Redalyc www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834774009. [consulta : 13 octubre 2017].
10. Cerón Y., Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera con el familiar del paciente hospitalizado en la UCI. [documento en línea]. www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis25.pdf. [consulta: 10 de octubre del 2017].

11. Clarke D.B. Barnes A. D: 1983. Los cuidados intensivos en enfermería, 3ra Ed. Editorial Alambra. México.
12. Curo Fiestas Zuly, Leyva Paz Rosa. Vivencia de Adolescentes Violadas de Zonas Urbanas marginales. Chiclayo 2002.
13. DA Silva L. de Fátima, Damasceno Coelho M. María, DE LIMA Carvalho M. Carolina y Silva de Souza Paula. "Cuidados de Enfermería: su sentido para enfermeras y pacientes", [documento en línea]. Colegio de Enfermeras. 2002. <www.colegioenfermeras.cl/pdf/cuidados_sentido.pdf> [consulta: 16 de noviembre del 2006]
14. Estudio de caso, [http:// usuarios.lycos.es/guillemat/270.htm](http://usuarios.lycos.es/guillemat/270.htm)
15. Hernández, R y COL. 2003. Cuidados intensivos en enfermería. Barcelona. Husserl, www.utp.edu.co/humanas/revistas/revistas/rev25/jaramillo.htm
16. Robles, M. Sentimientos y necesidades espirituales de los familiares [documento en línea]. cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/6820/1/Matias_rv.pdf. [consulta: 14 julio 2016].

17. UCI [Web en línea <http://www.wicu-usa.com> consulta: 03 de noviembre 2006].
18. Kozier, B. 1999. "Fundamentos de Enfermería". Conceptos, procesos y práctica. Vol. I. 5la. ed. Editorial Interamericana. México.
19. Lazarus R., Folkman. Reacciones al estrés y estilos de afrontamiento. [documento en línea]. 2013 www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1975/1/carrillo_rs.pdf.
20. Lüdke, Menga, André, Marli, E. D. A. A. 1986. Pesquisa em educacao: abordagens qualitativas. 30reimp. Sao Paulo: EPU.
21. Marquez C. La **experiencia del familiar** de la unidad de cuidados intensivos en **Bucaramanga**. [documento en línea]. www.redalyc.org/html/2738/273840435010/. [consulta: 15 febrero 2017].
22. Marriner T., Ann. 1999. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta. Ed. Editorial Harcourt Brace. España. POLIET F. 1997. Investigación Científica en ciencias de la salud. 5ta Ed. Editorial Me Graw- Hill. Interamericana. México.
23. Morrison, M. 1999. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Editorial Harcourt Brace. España.

24. Montoya V. **Relación enfermera-familia** en la unidad de cuidados intensivosEsSalud.[consultaenlinea].tesis.usat.edu.pe/bitstream/.../TL_RamirezReynosoJudith_YdrogoDelgadoYaneth.pdf.[consulta: 15 febrero 2017].
25. Paredes Angilberto, Merlo Oscar y Gonzáles Gladis. "Pediatria". [Documentoenlínea].Pediatria.Enerojunio2003.www.SDD.org.pv/revistas/ed_2003/produccion_ene_iun_2003.htm-56k. [consulta: 15 de noviembre del 2006].
26. Peralta M. Inteligencia Emocional y Bienestar. [documentoenlinea]. <https://www.researchgate.net/.../El-desarrollo-de-competencias-de-empleabilidad-en-jove>. [consulta:18 de mayo del 2017].
27. Polit F., Denise. 1997. Investigación en Ciencias de la Salud. 5ta ED. Editorial Me Graw Hill interamericana.. México. 16. POTTER, Patricia. 1996. Fundamentos de Enfermería. 3ra. ED. Editorial Harcourt Brace. España
28. Salman A., Pacientes en áreas críticas[documentoenlinea] <http://Av\v\v.cv.edu.mx/diplomado/SENTIMHINTOS.doc>[consulta:21 de febrero del 2017]
29. Saucedo G. Juan y Maldonado D. Martín. La Familia: Su dinámica y tratamiento. 1ra Edición .Organización Panamericana de la Salud. Washington D C. 2003.

- 30.** Segunda Convención Nacional de UCI- UCIN- UVI. 1998. Criterios de ingreso a UCI 20- 21 Julio. Lima.
- 31.** Torres Pérez L, Morales Asensio JM., "Participación Familiar en el Cuidado del Paciente Crítico".[documento en línea]. Tempus Vitalis. 7004 www.tempusvitalis.com/revista06/consenso41_p.pdf. [consulta: 01 de diciembre del 2006].
- 32.** Torillo Ma, García Ga. Cuidados de Enfermería Pacientes en estado crítico. [Documento en línea] Artemisa 2003.< <http://www.mediaraphic.com/anuncios/an-abc/boton.htm>> [consulta: 16 de Noviembre del 2006]
- 33.** Urizzi F. Vivencias de familiares en terapia intensiva: el otro lado del ingreso.[documento en línea].www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a12.pdf. [consulta: 11 de febrero del 2016].
- 34.** Vera Waldow, Regina. 1994. Teoría del Cuidado Humano.
- 35.** Vidal G., 1986. Enfermería Psiquiátrica. Editorial Panamericana, Argentina.
- 36.** Watson J., **Teorías** de la personalidad .[documento en línea]. <https://prezi.com/kmbapcjpmlh/teorias-de-la-personalidad-de-watson/>. [consulta: 11 de febrero del 2016].

37. Whaley & Wong. 1995. Enfermería Pediátrica. 4ta. Edición. Editorial Mosby. España.
38. Warren R., **Fe es Agradecerle a Dios por Adelantado.** [documentoonline]. pastorrick.com/devotional/spanish/fe-es-agradecerle-a-dios-por-adelantado. [consulta: 11 de febrero del 2016].
39. Zaforteza C., **Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas.**[documentoonline]. www.elsevier.es › Inicio › Enfermería Intensiva.[consulta:11 de febrero del 2016].
40. Merle M., Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. [documentoonline]. <https://es.slideshare.net/javipintol/teora-de-la-incertidumbre-frente-a-la-enfermedad> .2013.[consulta:21 de febrero del 2017].

ANEXOS



"UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUSZ GALLO"

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SECCIÓN DE POST GRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD:

'ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS Y EMERGENCIA'¹



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, abajo firmante, acepto participar de la investigación "vivencias de los familiares frente al cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, que será realizada por las Licenciadas en Enfermería Leyva Paz Rosa Elizabeth y Paz Aldana Teresa Otilia, asesoradas por la Mag. Rosalía Santacruz Revilla. El estudio tiene como objetivo comprender las vivencias de los familiares frente al cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos". Acepto participar de las entrevistas que sean necesarias, las mismas que serán grabadas por las Sras. Licenciadas, en relación a mis vivencias. Entiendo que las informaciones dadas serán solo de su conocimiento y de su asesora, estando garantizados el secreto y respetando mi privacidad. Estoy consciente que el informe final del estudio será publicado sin que los nombres de las participantes sean mencionados, que tendré la libertad para retirar mi consentimiento en cualquier

momento y dejar de participar del estudio, sin que tenga ningún perjuicio o gasto. Sé que de tener dudas sobre mi participación, podré aclararlas con las señoras investigadoras.

Finalmente declaro que, después de las aclaraciones convenientemente realizadas por las investigadoras, consiento participar de la investigación.

Huella del sujeto de investigación

Lic. Enf. Rosa Elizabeth Leyva Paz

Lic. Enf. Teresa Otilia Paz Aldana

Chiclayo, de 2016



FACULTAD DE ENFERMERÍA
SECCIÓN DE POST GRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD:



"ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS Y EMERGENCIA"

PRESENTACIÓN:

Somos enfermeras estudiantes de la segunda especialidad en la Universidad Pedro Ruíz Gallo; Estamos realizando un trabajo de investigación que tiene por objetivo comprender las vivencias de los familiares frente al cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos y para poder llevarla a cabo necesitamos de su valiosa ayuda agradeciéndole anticipadamente su participación.

DATOS GENERALES:

- Edad

- Sexo

- Grado de parentesco

- Ocupación

- Procedencia

II) DATOS ESPECÍFICOS:

- ¿Qué sentimientos se generan en Usted cuando su familiar fue Hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos? ¿Estuvo en algún momento la enfermera con usted? ¿Y qué hizo la enfermera por usted?
- ¿Qué emociones se generaron en usted frente al cuidado que le brinda la enfermera? ¿Usted preguntaba siempre por la salud de su familiar, a quién?
- ¿Cómo reacciona usted frente al cuidado que le brinda la enfermera?
¿Y al ver que no salían a decirle nada, que hizo? ¿Por qué lo hizo? ¿Pensó en ese momento que lo que hacía estaba bien?